Lane Medical Library

Ueber Myxödem.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 28. April 1899

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Ernst Reimers

aus Brokstedt.

OPPONENTEN:

Dr. med. Schorss.
Dr. med. Schulz.
Dr. med. Stock.

BERLIN.

Gedruckt bei W. Röwer, N., Elsasser Strasse 5.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Das Myxödem ist eine erst seit etwa 25 Jahren bekannte Krankheit. Die erste genaue Beschreibung eines Symptomenkomplexes, der stark an Myxödem erinnert, stammt von dem Londoner Professor Sir W. Gull. Sie ist betitelt „On a cretinoid state supervening in adult life in women (Ueber einen cretinoiden Zustand bei erwachsenen Frauen)." Er beschreibt fünf Fälle, und man muss zugeben, dass das ganze Krankheitsbild sich im allgemeinen deckt mit dem Symptomenkomplex derjenigen Krankheit, die wir heutzutage Myxödem nennen.

Diese Bezeichnung stammt ebenfalls von einem englischen Gelehrten, W. Ord. Er gab der Krankheit diesen Namen deshalb, weil sich bei einer stattgehabten Obduktion eine ödematös-schleimige Infiltration des Unterhautbindegewebes gefunden hatte. Charcot führte die Bezeichnung Cachexie pachydermique ein. Man hat aber den Namen Myxödem beibehalten, obwohl sich nicht leugnen lässt, dass die Charcotsche Bezeichnung wohl die richtigere wäre. Cachexie und Pachydermie sind zwei Zustände, die man bisher noch bei allen Fällen von Myxödem gefunden hat, während die schleimige Infilteration des Unterhaut-Zellgewebes durchaus nicht immer zu finden ist. Man hat aber doch die Bezeichnung Myxödem beibehalten.

Die ersten Untersuchungen über Myxödem fanden fast nur von englischen und französischen Gelehrten statt. In Deutschland gelangte man zu einer Beachtung und Beschreibung dieser Krankheit erst viel später — wohl hauptsächlich deshalb, weil in Deutschland diese Krankheit überhaupt viel seltener vorkommt als in Frankreich und England.

Eine sehr hervorragende Bedeutung in der Geschichte des Myxödems hat der Report der Myxödemkommission der klinischen Gesellschaft zu London, welcher im Jahre 1888 erschien und worin alle Fälle von Myxödem, welche zur Kenntnis der betreffenden Kommission gelangt waren, beschrieben sind. Eine weitere Zusammenstellung von 150 Fällen giebt Heinzheimer.

Das Myxödem ist eine durchaus chronische Krankheit. Ohne zunächst besondere Erscheinungen zu machen, tritt sie in den Organismus ein, bis sich dann schliesslich das typische Krankheitsbild des Myxödems entwickelt hat. Wie gesagt kann aber jahrelang die Krankheit so unmerklich und leise verlaufen, dass man zur Diagnose des Myxödems erst sehr spät kommt.

Was die Aetiologie des Myxödems anbetrifft, so ist dieselbe noch sehr unsicher. Die Thatsache, dass das Myxödem sich bei Frauen viel häufiger findet als bei Männern — etwa neun mal so oft — scheint darauf hinzuweisen, dass die konstitutionellen Funktionen des Weibes in irgend welchem ursächlichen Zusammenhang zum Myxödem stehen. Darauf scheint ferner hinzuweisen, dass sich Myxödem häufig bei solchen Weibern findet, die oft geboren, resp. fehlgeboren oder schwere Blutungen intra partum durchgemacht haben.

Wie aber dieser Zusammenhang sich begründen lässt, darüber ist man noch im Unklaren!

Man will ferner Myxödem häufig nach Sorgen, Gemütsbewegungen und geistigen Aufregungen gesehen haben.

Auch über die Heredität des Myxödems finden sich in der Literatur einige Angaben. So will Ord drei Fälle von hereditärem Myxödem gesehen haben und beziffert darnach die direkte Heredität auf etwa 8 Procent. Es muss natürlich noch ein viel grösseres statistisches Material gesammelt sein, ehe man in dieser Frage zu einem einigermassen festen und sichern Schluss kommen kann.

Andere Autoren haben auf das häufige Vorkommen von Tuberkulose in den Familien der Myxödematösen hingewiesen, so besonders Byrom-Bramwell, welcher in

seinem „Atlas of Clinical Medicine“ bemerkt, „dass Tuberkulose in den Familien der Myxödematösen häufiger sei als anderswo“.

Auch hat man darauf hingewiesen, dass Myxödematöse häufig an Lungentuberkulose sterben. Man muss aber hier wohl annehmen, dass Myxödematöse bei dem geschwächten Zustand ihrer Organe den Angriffen der Tuberkulose schwerer widerstehen als Gesunde.

Auch in Verbindung mit Syphilis hat man Myxödem gesehen, und es ist ja auch sehr wohl denkbar, dass ein Gumma der Schilddrüse eine derartige Veränderung dieses Organs hervorruft, dass sich dieselben Allgemeinerscheinungen einstellen wie beim typischen Myxödem. Dass aber Syphilis häufig eine Ursache des Myxödems werden kann, ist fraglich.

Ueber andere Krankheiten, die man mit Myxödem im Zusammenhang gefunden hat oder vielmehr gefunden haben will, will ich mich nicht erst verbreiten. Aus dem bereits Gesagten geht hervor, dass die Aetiologie des Myxödems noch ziemlich unbekannt ist und dass man jedenfalls nicht zu sehr schematisieren darf, sondern verschiedene ätiologische Momente in betracht ziehen muss.

Wie bereits gesagt, findet sich das Myxödem häufiger bei Frauen als bei Männern. Die ersten Fälle, welche in der Literatur beschrieben worden sind, sind an Frauen beobachtet, und auch später, als man die Krankheit schon besser kannte, hat man sie weit häufiger bei Frauen beobachtet als bei Männern, etwa neun mal so häufig.

Das Alter der Myxödemkranken ist gewöhnlich das mittlere Lebensalter von 25—50. Ueber 50 Jahre scheint es seltener zu werden.

Der Beginn des Myxödems ist ein sehr allmählicher. Es dauert oft sehr lange, ehe die Kranken sich der Veränderung ihres Zustandes bewusst werden, während vielleicht eine genaue objektive Krankenuntersuchung schon geringe auf Myxödem hindeutende Veränderungen an den Tag gebracht haben würde.

Es ist gewöhnlich eine Schwellung des Gesichts, die dem Kranken und seiner Umgebung zunächst auffällt. Die Haut des Gesichts nimmt eine pralle, gespannte, wachsartige Beschaffenheit an. Die Augenlider sind verdickt, die Lidspalte ist verengt. Die Nasenflügel sind ebenfalls verdickt, die Nasenlöcher sind weit geöffnet. Die Backen hängen herab und zeigen vielfach eine Rötung, ähnlich der hektischen Röte, welche man so oft bei Phthisikern zu beobachten Gelegenheit hat. Die Lippen sind aufgeworfen, die Unterlippe hängt stark herab. Unter dem Kinn befindet sich ein Wulst. Das Gesicht hat die Fähigkeit verloren, die geistigen Regungen durch das Minenspiel auszudrücken, und die Kranken machen daher einen cretinenhaften Eindruck, besonders im fortgeschrittenen Stadium. Aber nicht allein die Haut des Gesichts zeigt diese eigentümliche Veränderung, sondern die des ganzen Körpers. Sie ist wächsern, alabasterartig.

Infolge dieser Hautverdickung erscheinen auch die Gliedmassen plump und verdickt. Der Umfang der obern und untern Extremitäten ist beträchtlich vermehrt. Besonders die untern Extremitäten sind dermassen verdickt und ihre Contouren abgerundet, dass man an „Elefantenbeine“ erinnert wird. Hände und Füsse sind ebenfalls verdickt, die Finger erscheinen klauen- und tatzenartig. Dabei haben die Hände ein blaurotes Aussehen, als ob die Kranken an den Händen beständig friere. In der That ist ja auch das Wärmebedürfnis der Kranken ein sehr reges. Eine häufige Angabe der Kranken, die auf die starke Verdickung der Extremitäten hinweist, ist die, dass sie die Handschuh- und Stiefelnummer hätten ändern müssen.

Die Nägel sind längsrissig und brüchig.

Auch die Schleimhäute zeigen sich verändert. Die Zunge ist rot und feucht, mit Zahneindrücken, plump. Auch die Schleimhaut des weichen Gaumens, sowie in nicht seltenen Fällen die des Kehlkopfs ist geschwollen.

Die Haut ist dabei stets trocken und schilfert leicht ab. Charcot vergleicht das Gefühl beim Ueberstreichen

über die Haut mit dem Gefühl, das man empfindet, wenn man über die Haut einer Schlange streicht.

Die Thätigkeit der Schweiss- und Talgdrüsen hat fast aufgehört. Die Perspiratio insensibilis ist daher um ein bedeutendes vermindert. Selbst durch Medicamente ist keine irgendwie beträchtliche Vermehrung der Schweisssekretion zu erzielen.

Eine Folge der Hauterkrankung ist das Ausfallen der Haare. Nicht allein die Haupthaare, sondern in vielen Fällen auch die Scham- und Barthaare fallen aus.

Auch die Schleimhäute zeichnen sich durch Trockenheit aus.

Eine Herabsetzung oder Erhöhung der Empfindlichkeit der Haut, die auf eine Erkrankung der Nervenendigungen schliessen liesse, findet sich nicht. Zwar erscheint die Empfindlichkeit in manchen Fällen vermindert, doch muss man dies wohl auf die eigentümliche Verdickung der Haut beziehen. Auch Wärme- und Kältegefühl erscheinen normal.

Der pathologischen Veränderung der Haut, nicht der Nervenendigungen, muss man wohl auch die in vielen Fällen beobachtete Herabsetzung der Reflexe und Sehnenreflexe, sowie die Verminderung der elektrischen Erregbarkeit zuschreiben.

Einen sehr wesentlichen Teil zur Vervollständigung des Krankheitsbildes des Myxödems bilden die cerebralen und spinalen Symptome. Die Kranken haben in ihrer ganzen Intelligenz gelitten. Sie vermögen nur langsam und schwerfällig Begriffe zu bilden. Ihr Gedächtnis hat stark gelitten, wobei sich die bei Gedächtnisstörungen so allgemeine Erscheinung zeigt, dass die Kranken sich zwar der Vorgänge vor ihrer Erkrankung noch einigermassen erinnern, nicht aber der während ihrer Krankheit empfangenen Eindrücke. Die Sprache der Kranken ist langsam und schwerfällig, weniger wegen der Veränderungen der Sprachwerkzeuge als vielmehr wegen der langsamen und schwerfälligen Begriffsbildung. Auch die Sinnesorgane sind häufig in ihrer Funktion geschwächt. Der Geschlechtstrieb

ist vermindert; myxödemkranke Frauen klagen über Schmerz beim Coitus. Die Bewegungen der Kranken sind langsam und schwerfällig. Sie hören mitunter plötzlich bei halbvollendeter Thätigkeit auf, z. B. beim Anziehen, und bleiben halbbekleidet sitzen, ohne sich dessen bewusst zu werden. Der Gang der Kranken ist schwerfällig und plump, Byrom-Bramwell bezeichnet ihn als hippopotamusartig.

Alle diese Erscheinungen, verbunden mit der Starrheit der Haut und der Schwellung des Gesichts, lassen die Kranken ihren Mitmenschen als minderwertig, wenn nicht gar als idiotisch erscheinen. Und in der That ist ihr Zustand ein äusserst beklagenswerter. Sie dämmern dahin in einem Zustand fast völliger Gleichgültigkeit gegen ihre Umgebung, sie gleichen, um einen Ausdruck Charcots zu citieren, Tieren, welche im Winterschlaf liegen.

Ewald teilt in seinem Werk über Myxödem die bei dieser Krankheit seitens des Nervensystems auftretenden Symptome in acht Gruppen, von denen ich hier nur die wichtigsten anführen will:

1. Ausgesprochene Gedächtnisschwäche.
2. Langsamkeit des Denkens, der Auffassung, der Bewegungen und Empfindungen.
3. Verminderte Coordinationsfähigkeit.
4. Das Unvermögen, die Körpertemperatur gemäss den Schwankungen der Aussentemperatur zu regeln.

Dies sind die Symptome, welche man mit Sicherheit bei allen Myxödematösen antreffen wird. Die übrigen von Ewald angeführten Symptome sind wohl nicht bei jedem Fall von Myxödem nachzuweisen.

Als ein besonderes nervöses Symptom wird von Landau noch ein deutlicher Tremor beim Schluss der Augenlider erwähnt.

Jedenfalls bilden die nervösen Symptome in allen Fällen einen sehr wichtigen Teil des Krankheitsbildes.

Wie bereits erwähnt, sind die Kranken ausser Stande, ihre Temperatur gegenüber den Einflüssen der Aussenwelt konstant zu erhalten. Meist ist die Temperatur des

Körpers beträchtlich vermindert. Sie wurde in der Achselhöhle zwischen 36 und 37° gefunden. Hadden sah einen Fall, wo die Temperatur des Kranken, allerdings kurz vor seinem Tode, nur 30° C. betrug. Die Temperatur ist nicht allein objektiv erniedrigt, sondern die Kranken haben auch ein fortwährendes Kältegefühl. Sie schlafen am liebsten unter dicken Federbetten, ziehen sich möglichst warm an, klagen bei normaler Temperatur beständig über Kältegefühl und suchen, wie Charcot sagt, mit Vorliebe ihren Platz am wärmenden Feuer. Mit diesem beständigen Kältegefühl hängt es wohl auch zusammen, dass die Hände der Kranken blau erscheinen.

Der Puls der Myxödematösen ist klein und schwach. Doch muss man wohl in betracht ziehen, dass der Puls wegen der Verdickung der Hautdecken schwerer zu fühlen ist und dass infolgedessen manche Irrtümer dabei untergelaufen sein mögen. Besonders möchte ich die Irregularität des Pulses, die von einigen Beobachtern gefunden worden ist und die in der Irregularität der Herzthätigkeit kein Analogon findet, diesem Umstande zuschreiben.

Die Herzthätigkeit ist normal und regelmässig, das Herz ohne nachweisbare Veränderungen. Ein wirklicher Ascites ist nicht vorhanden, demgemäss auch keine Albuminurie. Fand sich eine solche, so stand sie wohl mit dem Myxödem in keinem direkten Zusammenhang.

Die parenchymatösen Organe zeigen keine nachweisbare Veränderung. Das einzige derartige Organ, bei dem man eine solche Veränderung hat nachweisen können, ist die Schilddrüse. Sie wird meist als verkleinert angegeben, nur in einzelnen Fällen als vergrössert. In diesen Fällen war wohl gleichzeitig eine Veränderung des Drüsengewebes vorhanden. In der That hat man Gelegenheit gehabt, eine solche Veränderung nachzuweisen, bestehend in einer Wucherung des interstitiellen Gewebes und einer Verminderung des Parenchyms, in derselben Weise etwa wie bei der Lebercirrhose in der Leber und bei der interstitiellen Nephritis in der Niere. Wie dem auch sei,

jedenfalls scheint das Myxödem bei verkleinerter sowohl wie bei vergrösserter Schilddrüse auf einer gleichen Schädigung in der Thätigkeit der Schilddrüse zu beruhen, in einer gleichen qualitativen und quantitativen Veränderung des noch immer hypothetischen Drüsensekrets. Manche Beobachtungen von vergrösserter Schilddrüse bei Myxödem, bei denen es nicht zu einer Sektion kam, mögen ja auch auf einem Irrtum beruhen, der dadurch veranlasst ist, dass es in der That schwierig ist, durch die verdickten Hautdecken die Schilddrüse genau abzutasten.

Der Urin der Myxödematösen enthält, wie gesagt, selten Eiweiss, und auch dann dasselbe nur in Spuren. In vielen Fällen hat man dagegen eine Verminderung des Harnstoffs gefunden. Hadden berichtet über einen Fall, wo bei stickstoffreicher Diät die Menge des in 24 Stunden ausgeschiedenen Harnstoffs 12,7 g und die geringste ausgeschiedene Menge 4,28 g betrug. Auch Mendel hat darüber Untersuchungen angestellt und die Menge des täglich ausgeschiedenen Harnstoffs zu 11—14 g gefunden.

Die roten Blutkörperchen zeigen in der Regel eine kleine Verminderung ihrer Zahl, es finden sich etwa 3—4½ Millionen im cbmm.

Der Hämoglobingehalt des Blutes schwankt beim Myxödem zwischen 40 und 60 %.

Blutungen aus den Schleimhäuten sind nicht selten.

Die Menstruation scheint in vielen Fällen unregelmässig zu sein.

Das Myxödem wurde bis vor einigen Jahren als eine durchaus unheilbare Krankheit angesehen. Erst neuerdings hat man in der Thyreoidintherapie ein wirksames Heilmittel entdeckt, eine Entdeckung, die durch ihre Erfolge ein helles Licht auf die Beziehungen zwischen Myxödem, Cachexia strumipriva und sporadischem Cretinismus wart und die jedenfalls als eine grosse Ruhmesthat der neueren Medizin gepriesen werden darf.

Ich werde nun noch kurz auf die pathologische Anatomie des Myxödems eingehen. Es sind verhältnismässig

wenig Obduktionen Myxödematöser vorgenommen worden, und auch fernerhin scheint dazu, dank den glänzenden Erfolgen der Thyreoidinbehandlung, keine Gelegenheit vorhanden zu sein.

Naturgemäss richteten sich die Blicke der untersuchenden pathologischen Anatomen zunächst auf die Veränderung der Haut. W. Ord fand eine bedeutende Vermehrung des Mucingehaltes im Unterhautzellgewebe und gab daher der Krankheit den Namen Myxödem. Andere Beobachter haben diesen Befund nicht bestätigen können. Zwar ist das Unterhautzellgewebe wohl stets von einer flüssigen Substanz durchtränkt, die demselben ein transparentes Aussehen verleiht. Der Mucingehalt ist aber nicht immer sehr reichlich. Daher muss man die Bezeichnung Myxödem als eine konventionelle ansehen.

Manche wollen die ödematöse Beschaffenheit der Haut, die sich vom wirklichen Oedem dadurch unterscheidet, dass die Haut den Fingerdruck nicht hält, dadurch erklären, dass sich die Flüssigkeit in den oberen Hautschichten befinde, wo sie nicht so leicht entweichen könne.

Ewald nimmt an, dass es sich beim Myxödem um eine Entartung des Fettgewebes und um Beharren des embryonalen Schleimgewebes handle. Es wäre also die Hautveränderung als eine regressive Metamorphose anzusehen.

Die cerebralen und spinalen Symptome, welche wir beim Myxödem antreffen, finden in den anatomischen Veränderungen des Nervensystems, welche man bei der Sektion gefunden hat, durchaus nicht eine hinreichende substantielle Grundlage. Der Bericht der englischen Myxödemkommission sagt:

„Es fehlt die pathologisch-anatomische Grundlage für die Störungen der Sprache, der Bewegungen und Empfindungen, sowie für die ausserordentliche Beeinträchtigung der psychischen Funktionen, welche einen hervorragenden Platz in der Symptomatologie der Krankheit einnehmen.“ Die meisten Autoren haben weder am

cerebro-spinalen noch am sympathischen Nervensystem Abweichungen von der Norm entdecken können. Whitewell sagt, dass bei Myxödem die Nervenzellen unregelmässig geformt seien, ihre Fortsätze in geringerer Zahl vorhanden und weniger sichtbar seien als in der Norm; die Kerne seien schlecht färbbar. Manche Zellen enthielten Vacuolen, die hin und wieder den Zellleib ganz ausfüllen. Die Neuroglia der grauen Substanz sei vermehrt. Es sind dies Befunde, die keineswegs die cerebralen und spinalen Symptome des Myxödems vollständig zu erklären vermögen, und da ja andere Autoren überhaupt keine pathologisch-anatomischen Veränderungen gefunden haben, entbehren sie der Bestätigung, die ihnen einen festen und dauernden Wert verleihen könnte. Woher nun aber die cerebralen und spinalen Symptome des Krankheitsbildes von Myxödem? Hier stehen wir vor einem Rätsel.

Was die Veränderung des Blutes anbetrifft, so fand Kräpelin eine abnorme Grösse der roten Blutkörperchen, ein sehr hohes specifisches Gewicht des Blutes, eine Vermehrung des Trockenrückstandes, eine Erhöhung der Extinktionskraft und eine Verminderung des Fibringehalts.

An den Gefässen hat man wiederholt eine atheromatöse und amyloide Entartung gesehen.

Ein konstanter Befund aber, den man bei allen Myxödematösen gefunden hat, ist die Veränderung der Schilddrüse. Meist war dieselbe erheblich verkleinert, in einzelnen Fällen auch vergrössert. Gewöhnlich erscheint die Schilddrüse verkleinert, sehr blass, fest, gleichartig in ihren Teilen, strukturlos. In anderen Fällen dagegen war sie entschieden vergrössert, sehr blass, fest, anscheinend cirrhotisch und teilweise verkalkt. Was den mikroskopischen Befund anlangt, so fand Hadden die Epithelzellen, welche normaler Weise das Innere der Alveolen umgeben, fehlend oder im Schwinden begriffen, die Drüsengänge (vesicles) selbst mit zahlreichen, eng zusammenliegenden, dunkel gefärbten (deeply stained) Rundzellen erfüllt. Breite Züge kernhaltigen fibrösen Gewebes waren hier und da sichtbar. Der Anfang des

Processes geht nach ihm vom interstitiellen Gewebe aus, das sich vermehrt und das eigentliche Drüsengewebe zum Schwund bringt, gerade so wie bei der Lebercirrhose die Leberzellen und bei der interstitiellen Nephritis die Zellen des Nierenparenchyms vor dem Wachstum des interstitiellen Gewebes dahinschwinden und ihre Funktionsfähigkeit einbüssen.

Da die übrigen Autoren in bezug auf die Veränderung der Schilddrüse im wesentlichen dasselbe gefunden haben, so können wir dieselbe als einen äusserst langsam verlaufenden, das Parenchym zerstörenden Process bezeichnen. Ob hierbei die Schilddrüse eine Vergrösserung oder eine Verkleinerung erfährt, ist gleichgiltig; das Wesen der Veränderung besteht in einer Zerstörung des Parenchyms.

Ich kann nicht umhin, hier noch des Zusammenhangs zwischen Myxödem, Cachexia strumipriva und sporadischem Cretinismus zu gedenken.

Kocher und fast gleichzeitig mit ihm Reverdin sahen bei Kranken, denen sie die Schilddrüse exstirpiert hatten, einen eigentümlichen Krankheitszustand auftreten, der in seinem ganzen Symptomenbilde einem schnell verlaufenden Myxödem glich. Kocher bezeichnete diesen eigentümlichen Zustand als Cachexia strumipriva. Er trat ein, sobald die Schilddrüse vollständig exstirpiert war, er blieb aus, sofern man nur einen Rest der Schilddrüse hatte stehen lassen oder accessorische Schilddrüsen vorhanden waren.

Zu der Zeit, wo der Bericht der englischen Myxödemkommission herausgegeben wurde (1888), war man durch die Erfahrungen am Menschen und durch Versuche am Affen und an andern Tieren schon so weit in der Erforschung dieser eigentümlichen Erkrankung gekommen, dass dieser Bericht Myxödem und Cachexia strumipriva als identische, auf Fehlen resp. Funktionsunfähigkeit der Schilddrüse beruhende Krankheiten bezeichnen konnte. Bircher spricht im Jahre 1890 geradezu von der Cachexia strumipriva als einem Myxoedema operativum, dem er das typische Myxödem als Myxoedema atrophicum

gegenüber stellt. Die Behauptung von der Identität der Cachexia strumipriva und dem Myxödem hat viele heftige Widersacher gefunden. Man hat Verletzungen oder Atrophie der Trachea, Verletzungen des n. recurrens oder des Halssympathicus und anderes für die Entstehung der Cachexia strumipriva verantwortlich machen wollen. Dem kann man aber entgegen halten, dass die Cachexia strumipriva auch eintritt, wenn man diese Organe möglichst schont. Heutzutage ist wohl die Identität des Myxödems und der Cachexia strumipriva nicht mehr zu bezweifeln.

Schon Sir W. Gull weist auf das Myxödem als einen cretinoiden Zustand hin. In dem Bericht der englischen Myxödemkommission ist ausgesprochen, dass Myxödem und sporadischer Cretinismus wahrscheinlich identisch seien. Zahlreiche andere Beobachtungen haben diese Wahrscheinlichkeit fast zu einer absoluten Gewissheit erhoben. Dem Myxödem und dem sporadischen Cretinismus sind gemeinsam das Fehlen resp. die Verkleinerung oder Entartung der Schilddrüse, die gleichen cerebralen und spinalen Störungen, die gleichen Veränderungen der Haut. Wenn manches andere sich nicht so genau gleicht, so muss man bedenken, dass sporadischer Cretinismus ein angeborener Zustand ist, während das Myxödem eine Krankheit ist, die sich erst im mittleren Lebensalter beim bis dahin ganz gesunden Individuum entwickelt.

Eine Bestätigung der Identität zwischen Myxödem, Cachexia strumipriva und sporadischem Cretinismus haben auch die gleich guten Erfolge der Thyreoidinmedikation gegeben, auf die ich hier nicht näher eingehen will.

Wodurch entsteht nun Myxödem? Jedenfalls durch ein Versagen resp. eine Veränderung der Schilddrüsenthätigkeit. Welches ist nun aber diese Schilddrüsenthätigkeit, welche Rolle spielt überhaupt die Schilddrüse im menschlichen Organismus? Ueber den Streit, der darüber lange Zeit in wissenschaftlichen Kreisen geherrscht hat und noch herrscht, will ich mich nicht verbreiten. Ich werde aber nicht verfehlen, hier eine geistreiche Theorie Vermehrens anzuführen, die entschieden ein sehr grosses Interesse

beansprucht. Nach der Ansicht Vermehrens bilden sich im Körper gewisse Toxine, die durch ein Sekret der Schilddrüse unschädlich gemacht werden. Häufen sich diese Toxine im Körper zu sehr an, was bei einer Funktionsunfähigkeit der Schilddrüse, als bei Myxödem, geschieht, so tritt eine Hemmung des Stoffwechsels ein, und wir haben eben infolge dessen das typische Krankheitsbild des Myxödems. Ist die Thätigkeit der Schilddrüse über die Norm gesteigert, so tritt eine zu grosse Verminderung der Toxine und infolge dessen eine Beschleunigung des Stoffwechsels ein, Morbus Basedowii. Vermehren hält demnach eine gewisse Menge dieser Toxine für den normalen Ablauf der Stoffwechselvorgänge und also für das Wohlbefinden des Menschen für erforderlich. Er lässt die Schilddrüse indirekt vermittels der Toxine den Stoffwechsel regieren. Eben so gut aber könnte man die Heranziehung der Toxine umgehen und dem Schilddrüsensekret einen direkten, den Stoffwechsel regulierenden Einfluss zuschreiben.

Das bis dahin vollständige Dunkel der Schilddrüsenfunktion haben die Untersuchungen der letzten Jahre etwas vermindert. Viele ausgezeichnete Männer mühen sich, dasselbe weiter zu erhellen. Möge es gelingen, die Rätsel über die Bedeutung dieses für den menschlichen Organismus so wichtigen Organs recht bald in befriedigender Weise zu lösen.

Durch die grosse Liebenswürdigkeit des Herrn Geheimrat Prof. Dr. Gerhardt sind mir fünf Krankengeschichten Myxödematöser aus der II. medizinischen Klinik der Charité zur Verfügung gestellt worden. Ich will im voraus bemerken, dass die vier ersten Fälle noch vor der Zeit der Thyreoidinbehandlung fallen und dass der letzte Kranke schon nach wenigen Tagen aus der erwähnten Klinik verlegt wurde. Ich kann daher von den so interessanten und wunderbaren Erfolgen der Thyreoidinbehandlung nicht reden. Ferner ist keiner der genannten Fälle in der Charité zur Obduktion gekommen. Ich werde mich daher darauf beschränken, ein möglichst getreues

Bild des Krankheitsverlaufs dieser fünf Fälle zu geben, dieses mit dem im vorhergehenden geschilderten Krankheitsbild zu vergleichen und es an der Hand desselben kritisch zu beleuchten.

1. Fall.

Luise R., 53jährige Hausdienerfrau, am 8. 6. 88 aufgenommen.

Anamnese.

Die Mutter starb an Lungenschwindsucht, der Vater ist verunglückt. Ein Bruder starb an Abzehrung, eine Schwester an den schwarzen Pocken.

Patientin hat Kinderkrankheiten nicht durchgemacht.

In ihrem 7. Jahre erkrankte P. an Gelenkrheumatismus und war 2 Monate krank. In ihrem 29. Jahre erkrankte sie zum 2. Male an Gelenkrheumatismus und lag längere Zeit zu Bett. Im Jahre 1873 litt P. an Ruhr. Im Jahre 1875 acquirierte P. Kopfrose.

Vor 6 Jahren, wo P. eine feuchte Wohnung inne hatte und viele schlaflose Nächte hatte, ebenso unregelmässig ihre Mahlzeiten nahm, bemerkte sie, dass ihr Gesicht allmählich dicker wurde, dass die Augenlider anschwollen.

P. giebt an, dass sie gleich von Anfang ihrer Krankheit an phlegmatisch geworden sei, dass sie sich am ganzen Körper matt fühlte und dass sie viel Schlaf gehabt habe. Die Hände seien geschwollen, wenn sich das Wetter ändere, beim Gehen schwellen die Füsse an und bei grösseren Anstrengungen werde der ganze Kopf dicker. Wenn sie längere Zeit spreche, werden die Lippen dicker, die Zunge schwelle an, der Mund werde blau. Die Sprache ist langsamer geworden und macht der P. Mühe; sie hat ein Gefühl in den Fingern von Taubsein und hat immer kalte Finger. Mit ihren Händen ist sie seit Jahren ungeschickt.

P. giebt an, dass ihr Gedächtnis in den letzten Jahren abgenommen habe. Ihr Gang ist unsicher, weil sie von Schwindel und Schwäche befallen wurde.

Der Stuhlgang ist erschwert, Urinieren unbehindert.

P. leidet an Stockschnupfen und Ozäna.

Die Haut an den Händen ist seit einigen Jahren rauh. Die Haut am übrigen Körper ist schilfrig geworden.

P. giebt an, niemals Struma gehabt zu haben.

Sie will in der letzten Zeit bedeutend an Körpergewicht abgenommen haben. Ihre Kleider kann sie in grossen Falten über den Leib zusammen nehmen, was sie im Anfang ihrer Krankheit nicht konnte.

P. ist gleich zu Anfang ihrer Krankheit ärztlich behandelt worden und hat sehr oft den Arzt gewechselt.

Vor 4 Monaten wurde sie im jüdischen Krankenhaus ambulatorisch behandelt. Es wurde ihr Jodkali 15 : 500 verordnet. P. giebt an, dass sie darauf magerer geworden sei. In letzter Zeit hat P. sich selbst behandelt mit Morssonschen Pillen, Rhabarbertinktur und Pomeranzenelixir. P. leidet schon seit 4 Wochen an Appetitlosigkeit; sie will auch sonst wenig gegessen haben.

P. hat zweimal geboren, einmal Frühgeburt. Das lebend geborene Kind starb nach 6 Wochen an Magenerweichung. Die letzte Entbindung war vor 27 Jahren.

Die Menses waren immer regelmässig. Die letzten Menses waren sehr profus.

P. erzählt, dass sie nur kurze Strecken gehen könne, dass sie sich dann wegen Schwindelgefühls an den Wänden stützen müsse. Wenn sie auf die Strasse ging, liefen ihr die Kinder nach und verspotteten sie, weil sie glaubten, sie sei betrunken. Vor einiger Zeit fiel P. in ihrer Wohnung zu Boden, ebenfalls in einer Anwandlung von Schwindel.

P. wog vor $1^1/_2$ Jahren 172 Pfund.

P. giebt an, sie habe zu Hause an den Extremitäten derart gefroren, als ob ihr die Röhrenknochen mit kaltem Wasser gefüllt seien. Sie fühlte Ameisenkribbeln in den Füssen und ging wie auf Kork.

Status praesens.

P. ist gross, von starkem Knochenbau und derber Muskulatur

Die Haut der Hände, der Brust, der Unterschenkel und Füsse und der untern Hälfte des Abdomens ist von eigentümlicher Beschaffenheit.

Das Haar der P. ist schwarz, nur wenig mit grau gemischt; es ist dünn, besonders der Scheitel ist breit, und auf dem Hinterhaupt schimmert gleichfalls durch die dünnen Haare die Kopfhaut durch. Augenbrauen kurz, struppig. Auch die Cilien sind spärlich und dünn.

Das Gesicht zeigt die Form eines plumpen Ovals, die Gesichtszüge sind plump, ausdruckslos. P. ähnelt im Gesicht mehr einem Manne als einer Frau; der Ausdruck ist phlegmatisch. Die Haut der Stirn ist verdickt, von queren Falten durchzogen. Die Augenlider sind dicke Säcke. Die Haut über denselben ist fein gefältelt, die Nase ist verbreitert, die

Nasenlöcher sind weit offen. Die Lippen sind mächtig aufgeworfen und verdickt, von einem etwas ins Blau gehenden Aussehen. Es ist Doppelkinn vorhanden.

Die Stimme ist tief und rauh, von männlichem Klang.

Die Zunge ist dick, an den Rändern zeigt die Schleimhaut eine durchscheinende Beschaffenheit. In der Mitte ist die Zunge belegt.

Die Zähne sind zum grossen Teil noch erhalten.

Die Schleimhaut des harten Gaumens ist beiderseits verdickt, sie fühlt sich weich und nachgiebig an wie normal. Durch die stärkere Prominenz der Gingiva an beiden Seiten erscheint der Gaumen vertieft. Die Innenseite der Wangen zeigt eine unebene, grau-violette Beschaffenheit, die Schleimhaut ist hier durchscheinend. Der Zwischenraum zwischen Kiefern und Wangen ist abnorm gering und der Dickendurchmesser der Wangen ein sehr bedeutender.

Die Decken der Brust und des Abdomens sind sehr verdickt. Aufgehobene Falten erscheinen sehr dick; dabei fühlen sie sich eigentümlich pflaumenweich an. Eine Delle lässt sich nirgends drücken.

Auch die Haut und das Unterhautzellgewebe der Extremitäten zeigt, wenn auch in geringerem Grade, ähnliche Beschaffenheit.

Die Haut des Rückens ist relativ straff angeheftet. Sie enthält mehrere grosse Comedonen. Die schwammige Beschaffenheit des Unterhautzellgewebes ist besonders an den Nates ausgeprägt.

Die Lungenspitzen geben gleichen Schall, die Lungengrenzen stehen an normaler Stelle. Auf dem Sternum findet sich keine Dämpfung.

Die Herzdämpfung beginnt am untern Rand der 3. Rippe, am linken Sternalrand und reicht nach aussen etwas über die Parasternallinie. Der Spitzenstoss ist nicht zu fühlen, die Herztöne sind leise, aber rein.

Das Abdomen ist aufgetrieben, weich.

Die Leberdämpfung ist normal.

Die Milzdämpfung lässt sich nach unten und vorn genau abgrenzen.

Die Hände sind auffallend gross, die Finger plump, die Nägel flach und rissig.

Der laryngoskopische Befund ist wegen der Dicke der Zunge schwer zu machen. Der Kehldeckel ist nicht verdickt, dagegen scheinen die Taschenbänder dicker als normal. Die hintere Kehlkopfwand ist plump, die Schleimhaut ziemlich blass und durchscheinend. Die Stimmbänder haben ein blassbläuliches Aussehen.

Der Gang ist mühsam, breitspurig und von einer Seite zur andern wackelnd. Dabei werden die Arme im Ellbogen leicht flektiert gehalten, die Hände nach vorn sinkend. Der Rücken wird krumm und der Kopf nach vorn geneigt gehalten.

P. schwankt beim Gehen und wäre ohne Unterstützung gefallen.

P. ist nur im stande, kurze Zeit hintereinander zu gehen.

Die rohe Kraft der Extremitäten ist gering. Es fällt nicht schwer, das gebeugte Knie zu strecken, und das gestreckte Knie zu beugen.

Kniephänomen beiderseits von normaler Stärke.

Durch die Schwellung der beiden Lider erscheinen die Lidspalten so zusammengehalten, dass man sie fast nur als Striche wahrnimmt.

Der Puls ist langsam, unter mittelgross, von normaler Spannung, regelmässig.

Keine Drüsenschwellungen.

Das Blut zeigt wesentlich normalen Befund. Die weissen Blutzellen sind nicht vermehrt, sie bestehen wesentlich aus polynucleären, neutrophilen Zellen. Die eosinophilen Zellen sind relativ zahlreich, bis 10 %.

9./6. P. hat gut geschlafen. Der Appetit ist heute ganz gut, doch hat P. das Gefühl, als ob sie sich den Magen verdorben hätte. Fötor aus der Nase, auf den P. selbst aufmerksam macht.

10./6. Chinin. ferrocitr. 0,2 dreimal tgl.

10./6. P. hat wieder gut geschlafen, Appetit noch immer gut. Zunge noch bräunlich-weiss belegt.

11./6. P. klagt darüber, dass ihr heute Morgen die Hände wieder so steif und geschwollen waren, dass sie sie kaum zur Faust ballen konnte. Guter Schlaf.

12./6. Ophthalmoskopischer Befund. Links zeigt die Linse eine ganz kleine diffuse Trübung, welche den Einblick auf die Retina erschwert. Rechts wie links bietet der Augenhintergrund keine Anomalien. Die Pupille ist gut begrenzt, die Gefässe sind nicht verändert.

Die Haare sind besonders auf dem Scheitelbein von eigentümlich harter Beschaffenheit.

13./6. Jeden zweiten Tag Bäder. Kal. sulfur. 60,0 pro Bad. Klinische Vorstellung, foetor ex ore.

18./6. 3 Aloepillen.

19./6. Geringe Mengen eines schleimigen, mit Kohlenpartikelchen innig gemengten Sputums.

29./6. Aussehen der oberen Augenlider durchscheinend und alabasterartig.

3./7. Klinische Vorstellung.

Oedem. Nägel von schlechter, rissiger Beschaffenheit, Haut derb, unelastisch.

Wärmflasche trotz Hitze.

Gesicht verschwollen, Oedem der Augenlider, Augenbrauen verkrüppelt.

Nasenrücken verdickt.

Lippen gewulstet, einige cloasmaartige Flecken in ihrer Umgebung.

Zunge dick, breit, unförmlich.

Am Zahnfleisch livider Saum.

Schleimhaut des Rachens verdickt.

Temperatur der Extremitäten kühl.

Puls klein, weich, langsam.

Körpertemperatur niedrig.

P. giebt an, dass ihr das Sprechen schwer fällt und dass ihr beim Sprechen der Mund anschwillt.

6./7. P. macht selbst darauf aufmerksam, dass ihre Finger dünner geworden sind. Der Stuhl ist immer noch sehr schwer.

18./7. 88. Blutige Schröpfköpfe auf dem Rücken, ausgesprochene Cyanose der Lippen.

12./8. Stimmbänder eigentümlich durchscheinend von rein weisser Farbe, schwingen bei der Phonation sehr ausgiebig. Im übrigen zeigt der Larynx ziemlich plumpe Contouren, anomale Schleimhaut, normale Länge der Stimmbänder.

1./7. 89. Oedem der Augenlider.

Zunge sehr dick und belegt.

Füsse geschwollen, aber nicht eigentlich ödematös. P. giebt an, dass das Kältegefühl, worüber sie früher sehr zu klagen hatte, nicht mehr bestehe, dass sie im Gegenteil zu Schweissen neige. Die Stimme ist rauh.

Morgens sollen die Augenlider immer zugeschwollen sein, ebenso habe sie morgens Schwindel.

Der Puls ist langsam, ziemlich gespannt.

In diesem warmen Sommer fühlt sich P. subjektiv besser als früher. Objektiv ist eine Veränderung nicht zu konstatieren.

Die Temperatur der P. war häufig vermindert.

Auch die Zahl der Pulsschläge zeigte häufig geringe Verminderung.

Die Atemfrequenz war normal.

2. Fall.

Marie R., Zeitungscorrectorfrau, 23 Jahre alt, am 2. 6. 88 aufgenommen.

Anamnese.

Die Eltern leben und sind gesund. Nur hat die Mutter seit 31 Jahren nach den ersten partus Geschwüre an den Knöcheln gehabt, die jedoch wieder geheilt sind. Ein Bruder ist gesund.

Als Kind hatte P. Wassersucht und Gelbsucht.

Vor 15 Jahren wurde P. wegen Hämorrhoidalblutungen operiert.

Mit 15 Jahren wurde P. menstruiert, die Periode war regelmässig, nur während des Hämorrhoidalleidens sehr stark und etwas häufiger als normal. Die Periode war nicht schmerzhaft.

P. wurde nach dem 15. Jahre bleichsüchtig, wurde mit Eisenpillen behandelt, worauf sich der Zustand etwas besserte.

Im Alter von 19 Jahren verheiratete sich P.

Keine Partus und Abortus.

Im Frühjahr 1886 bekam P. sehr starke Blutungen. Die Periode dauerte 8—10 Tage. P. erfuhr vom Arzt, dass ein Uterinkatarrh Ursache sei.

Im Herbst 1887 liess sich P. in die Privatklinik des Herrn Dr. Ruge aufnehmen, woselbst ihr der Uterus ausgekratzt wurde. Die Blutungen wurden darnach schwächer, doch musste P. noch immer eine Medizin nehmen, durch welche die Periode abgeschwächt wurde. P. hat noch immer eine sehr starke Periode.

Im Herbst 86 bekam P. plötzlich eine Struma, die ihren Halsumfang um etwa 5—6 cm vergrösserte. Sie musste Jodkali einnehmen, worauf die Struma schnell zurückging.

Einige Tage bevor die P. die Struma bemerkte, hatte sie Schwellungen der Augenlider bekommen und der sie behandelnde Arzt verordnete ihr gleichzeitig mit dem Jodkali eine farblose, brennende Flüssigkeit zum Einspritzen, sowie gelbe Jodsalbe zum Einreiben der Augenlider. Die Schwellungen der Lider gingen jedoch nicht zurück.

Bald nach dem Verschwinden der Struma bemerkte P. ein Hartwerden der Haut der Hände, eine Auftreibung des Leibes und eine Schwellung der Brüste. Die Periode blieb 2 Monate aus. Der behandelnde Arzt dachte an Schwangerschaft, fand jedoch darauf, dass er sich getäuscht hatte und dass diese Auftreibung einen andern Grund haben müsste. Gleichzeitig bemerkte P. ein Vollerwerden des Gesichts, sowie überhaupt eine Zunahme des ganzen Körpers, sodass das Gewicht von 98 Pfund in kurzer Zeit auf 115 Pfund stieg. Dabei bekam P. guten Appetit.

Gleichzeitig mit dem Beginn der Erkrankung bekam P. starke Schmerzen in der Lendengegend, die an der Wirbelsäule am bedeutendsten waren.

P. wurde mit Seesalzbädern, Einreibungen von Kampherspiritus in der Lendengegend und verschiedenen innern Mitteln behandelt. P. hat während starker Schmerzanfälle, sowie während der Periode das Bett gehütet, wobei dann die Anschwellungen regelmässig stärker waren. Sonst war P. auf, konnte aber nicht mehr ihre Wirtschaft besorgen, da sie sich sehr schwach fühlte.

Im Sommer 87 bekam P. lähmende Schmerzen im rechten Arm, sodass sie ihre Finger nicht gut bewegen und ihre Hand nicht zu einer Faust ballen konnte. Ebenso waren die Bewegungen des Armes beschränkt und sehr ermüdend. Die Anschwellungen der rechten Körperhälfte waren überhaupt weit bedeutender als die der linken.

Sobald P. in die kalte Luft kam, wurden die Schwellungen sehr bedeutend, wechselten mitunter mit der Temperatur mehrmals am Tage.

Die Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Arms dauerte etwa 14 Tage. Während dieser Zeit hatte P. in der rechten Hand, mitunter bis zum Schulterblatte, das Gefühl der Taubheit. P. musste den Arm mit Kampherspiritus einreiben.

Sobald die Schwellungen sich vermehrten, trat das Gefühl von Taubsein ein gleichzeitig an allen Gliedmassen und verschwand erst wieder bei Abnahme der Schwellungen.

Dabei hatte P. Sausen im Gehirn, Kopfschmerzen, Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, Uebelkeit und mitunter Würgen, saures Aufstossen, Stumpfwerden der Zähne und etwas Erbrechen, sowie Angstgefühl.

Beim Gehen hatte P. bald das Gefühl der Müdigkeit und Schwäche.

Bis zum April dieses Jahres litt P. an Stuhlverstopfung.

Seit Dezember 87 wurde P. das Sprechen schwerer, die Zunge wurde schwerfällig, und P. hatte ein Gefühl von Druck in der Kehle, konnte auch nichts Festes um den Hals tragen weil sie dann das Gefühl von Würgen und Angst bekam.

Seit dieser Zeit glaubt P. vergesslicher geworden zu sein, sie kann der Unterhaltung nicht mehr so gut folgen. Ebenso ist sie seitdem phlegmatischer geworden; sie kann sich nicht mehr so freuen, ärgern und aufregen wie früher. Sie ist sehr unruhig und etwas deprimiert geworden.

Anfang April bekam P. Schmerzen in der linken Seite, welche sich im linken Hypochondrium bis zur Mittellinie fortsetzten; dabei Uebelkeit.

Da auch die andern Beschwerden der P. sich nicht besserten, liess sie sich auf den Rat des behandelnden Arztes in die Charité aufnehmen.

Vor $2^1/_2$ Jahren litt P. an fluor albus, der erst Herbst 87 nach der Gebärmutterauskratzung verging.

Potus und Infektio geleugnet.

Seit 14 Tagen ist eine Besserung im Befinden der P. eingetreten; sie ist nicht mehr so geschwollen, besonders an den Händen und Augen. Auch das Taubsein an Händen und Füssen hat abgenommen.

P. hat im Winter 125 Pfund gewogen.

3./6. Ophthalmoskopischer Befund.

Retina dunkel pigmentiert.

Färbung der Pupille normal.

Die Herzdämpfung beginnt am obern Rand der 4. Rippe.

Spitzenstoss im 4. Intercostalraum nicht ganz in der Mammillarlinie.

1. Ton an der Spitze unrein.

2. Aortenton leiser als 2. Pulmonalton; im übrigen sind die Töne rein.

P. ist mittelgross, von zierlichem Knochenbau, mässig entwickelter Muskulatur und mittlerem Fettpolster.

Gesicht etwas blass, erscheint gedunsen. Obere Augenlider ödematös, untere gleichfalls. Die rechte Gesichtshälfte erscheint stärker gedunsen als die linke.

Gesichtszüge ausdruckslos, Ausdruck phlegmatisch.

Die Haut der Unterarme und der Hände ist von eigentümlich rauher Beschaffenheit.

Die Unterlippe ist etwas aufgeworfen, die Nase leicht verbreitert.

Finger und Zehen der P. erscheinen auffallend plump.

Die rechten obern und untern Extremitäten der P. erscheinen dicker als die linken.

Zunge leicht verdickt, ohne Belag, blass wie die ganze Mundschleimhaut.

Auf der ganzen rechten Körperhälfte ist die Sensibilität der linken gegenüber in geringem Masse herabgesetzt.

Die motorische Kraft ist beiderseits nicht erheblich gross, erscheint links geringer.

Die Stimme ist von eigenartigem, fast nasalen Klang.

Das Sprechen der P. erfolgt langsam, ausdruckslos. Sie braucht geraume Zeit, um ihr früher ganz geläufige Dinge wie die Querstrassen der Friedrichstrasse aufzuzählen, rechnet einfache Exempel sehr langsam aus.

Lungen in normalen Grenzen, Atemgeräusch vesicular, nirgends Dämpfung.

Die Leberdämpfung beginnt an 6. Rippe, verläuft mit ihrem unteren Rand in der Mammillarlinie am Rippenbogen, in der Mittellinie zwischen proc. xiph. und Nabel.

Milzdämpfung 7 cm breit, Spitze nicht palpabel.

Kniephänomen erheblich verstärkt.

Kein Fussklonus, kein Patellarklonus.

Obere und untere Extremität, zumal Hände und Füsse fühlen sich kühl an.

Der Gang der P. ist normal.

Chin. ferrocitr. 0,2 dreimal täglich.

5./6. Opium tann. 0,1 : 10,0.

Durchfall, Magenschmerzen, Schläfrigkeit.

7./6. Durchfall hat völlig aufgehört, Periode eingetreten.

8./6. Extr. Hyd. canad. dreimal täglich 10 Tropfen.

Starke Leibschmerzen, Kopfschmerzen, Druck im Hals, Angstgefühl.

Das Blut zeigt normalen Befund, eosinophile Zellen nicht vermehrt.

10./6. Befinden der P. ist heute besser. Keine Klagen.

11./6. Schmerz in der linken Seite und Druck vor dem Magen; P. fühlt, dass heute die Augenlider wieder stärker geschwollen sind.

Laryngosk. Befund normal.

12./6. Menses halten an.

Sensibilitätsstörungen nur ganz minimal, nicht auf die rechte Seite beschränkt, sondern in geringem Grade auch links. Auffallend spät erfolgt die Reaktion, sodass es fast den Anschein hat, als ob die Empfindung verzögert sei.

Haare, besonders auf dem Scheitel von eigentümlich harter Beschaffenheit. Beim Kämmen kämmt P. reichlich Schinnen aus.

13./6. Alle 2 Tage Bäder mit Kal. sulf. 60,0 pro Bad.

19./6. Die Rauhigkeit der Haut des Unterarms ist bedeutend geringer geworden, fast schon ganz verschwunden.

23./6. P. klagt fortwährend über Magenschmerzen und Appetitmangel.

Umfang des Abdomens über Nabel 72 cm. Abdomen fühlt sich hart an.

28. 6. Die Stuhlentleerung erfolgt mühsam und schmerzhaft.

P. klagt über Leibschmerzen.

P. schwankt mit geschlossenen Augen in ausgeprägter Weise.

29./6. Obgleich P. den Ring schon seit einigen Tagen abgezogen hat, zeigt die Stelle, wo er sass, noch ganz frische Hautfalten.

Haut vollständig glatt.

P. gerät ins Schwanken ausser Bett.

3./7. Heisse Ausspülung.

6./7. Tinct. ferr. arct. aeth.

Dreimal 20 Tropfen.

Grosse Blässe.

9./7. Periode sehr intensiv und schmerzhaft.

14./7. Tinct. castorei dreimal 10 Tropfen.

Periode hält noch an.

15./7. Periode hat aufgehört.

20./7. Entlassen.

Die Urinmenge war normal, desgleichen das specifische Gewicht des Urins.

Es fanden sich im Urin einmal Spuren von Eiweiss, ferner phosphorsaures und harnsaures Natron, wenig Leucocythen, sehr zahlreiche Bakterien. Der Urin zeigte keine Indicanreaktion.

Das Körpergewicht stieg von 52,5 kg auf 54 kg.

Die Temperatur betrug 35,6° im Minimum, im Durchschnitt etwa 36,2, war also im ganzen etwas verringert.

Puls- und Atemfrequenz normal.

3. Fall.

Hulda Kr., 29jährige Tischlersfrau, am 25. 6. 89 aufgenommen.

Anamnese.

Die Eltern der P. leben, die Mutter leidet seit Jahren an Reissen, der Vater an chronischem Fussgeschwür.

Die Geschwister der P. sind bis auf eine Schwester, die an Rheumatismus leiden soll, gesund.

P. hat selbst als Kind Masern, Scharlach, Windpocken durchgemacht und will bis zum 16. Lebensjahr stets bleichsüchtig gewesen sein.

Menstruiert wurde P. zum ersten Male mit 14 Jahren, seitdem regelmässig bis auf die durch Schwangerschaft bedingten Unterbrechungen. Mit 21 Jahren heiratete die P. und hat von 1881—89 fünf Geburten durchgemacht. Von den fünf lebend geborenen Kindern ist eins an Masern gestorben, die andern vier leben und sind gesund.

P. datiert den Beginn ihrer jetzigen Erkrankung von ihrer letzten Entbindung her. P. stand damals am 10. Tage auf, will sich dabei erkältet und eine Darmentzündung und Darmkatarrh bekommen haben, welcher sie nötigte, weitere Wochen zu Bett zu liegen.

Die Periode cessiert seit dieser Entbindung. P. leidet seit dieser Zeit an allgemeiner Schwäche, konnte den Haushalt

nicht besorgen und will zusehens schwächer geworden sein. P. war oft durch die Schwäche gezwungen, sich zu Bett zu legen, konnte sich aber andererseits wegen der kleinen Kinder nicht in der erforderlichen Weise schonen.

Seit November 87 hat P. beständig Durstgefühl, das noch nie nachgelassen haben soll; die täglichen Flüssigkeitsmengen, die aufgenommen werden, sollen im Durchschnitt 3—5 l, oft aber noch mehr betragen haben; nach Hülsenfrüchten und sauren Speisen wurde gesteigerter Durst beobachtet; der Urin sah zu Zeiten hell und klar, manchmal aber auch dunkel aus.

P. hat von November 87 bis Februar 88 Eisenwasser getrunken, seitdem ist sie nicht wieder ärztlich behandelt worden.

Vom 19.—22. Juni war P. in der Universitätsklinik in der Artilleriestrasse. Veranlassung zur Aufnahme war Schwellung der Füsse, welche auch seit der Entbindung in wechselnder Intensität bestehen soll. Dort wurde ihr der Rat erteilt, eine innere Klinik aufzusuchen, woher die Aufnahme in die Charité.

Nachträglich giebt P. an, dass ihre Sprache sich seit vier Monaten verschlechtere, sie konnte nicht mehr schnell sprechen; seit Ende November 88 auch in unregelmässigen Zwischenräumen Schwellung im Gesicht und an den oberen Extremitäten wahrgenommen, dabei fand Gewichtszunahme statt.

Seit 8 Wochen Sehstörung; bei längerem Lesen und Fixieren eines Punktes Flimmern vor den Augen.

Im allgemeinen besteht Appetitlosigkeit, doch tritt bisweilen Heisshunger auf.

In letzter Zeit will P. leicht kalte Hände und Füsse bekommen haben.

Sie macht Angaben, dass das Gedächtnis abgenommen habe seit Beginn ihrer Krankheit und dass sie in ihrer Wirtschaft weniger sorgfältig geworden sei als früher.

P. hat immer trockne Füsse gehabt, seit einigen Tagen sind dieselben feucht.

Der Vater der P. giebt an, dass sie früher sehr lebhaft und geschäftig gewesen sei; seit ihrem Kranksein sei sie träge, faul und stumpfer geworden, gleichgiltig gegen das, wofür sie sich früher interessierte.

Status praesens.

P. ist von mittlerer Grösse, starkem Knochenbau, guter Ernährung, die Haut überall etwas blass, an Stirn und Umgebung alabasterartig durchscheinend.

Keine Schuppung, kein Exanthem.

Unterhautfettgewebe rötlich.

Die Haut fühlt sich überall straff gespannt an.

Die Schleimhäute sind blass.

Die Pupillen sind gleich weit und reagieren gut.

An den Zähnen roter Zahnfleischsaum; die Zähne am Oberkiefer stark defekt.

Die Zunge ist feucht, wenig belegt, gross.

Im Rachen nichts besonderes.

Das Haar ist dicht; angeblich weniger als früher.

Die Lymphdrüsen im Nacken nicht fühlbar.

Mittlerer Lappen der Schilddrüse fühlbar.

Thorax breit, schlaffe Mammae.

Atmung: costo-abdominal.

Der Lungenschall geht rechts bis zur 6., links bis zur 4. Rippe.

Das Atemgeräusch ist vesiculär.

Der Spitzenstoss des Herzens ist nicht fühlbar.

Herzdämpfung nach rechts nicht vergrössert, nach links bis zur Parasternallinie.

Der erste Herzton ist überall rein, der zweite an der Spitze verstärkt und auch an den Gefässen sehr laut.

Der Puls ist langsam, die Arterien sind kontrahiert.

Es besteht Hängebauch, Diastase der Recti. Die Peristaltik ist sichtbar, es finden sich reichliche Striae. Das Abdomen ist weich, bis in die Tiefe abtastbar, nicht empfindlich.

Leberdämpfung am Rippenbogen.

Die Milz ist nicht fühlbar.

Die untern Extremitäten sind im Verhältnis weniger speckreich, als die oberen, das Schienbein ist gerade.

Die Inguinaldrüsen sind nicht wesentlich vergrössert.

Die Bewegungen der P. sind durch Speckreichtum gehindert und langsam; mühsames Aufrichten.

Die Sprache ist langsam und träge.

Oedeme bestehen nicht, doch machen Gesicht und Hände den Eindruck des Gedunsenseins.

Urin ohne Albumen und Zucker, Indican.

Ordo: Satur. citr. 100.0.

30./6. Faradisation der Arme und Beine.

Klagen über Schmerzen im rechten Arm, die sie in die Tiefe, in die Knochen lokalisiert und die bei Bewegungen des rechten Armes zunehmen sollen. Ausserdem hat sie manchmal das Gefühl, als ob in der Tiefe des rechten Armes etwas hin- und herliefe.

Blut zeigt normalen mikroskopischen Befund.

Augenbefund normal.

Ordo: jeden 2. Tag ein warmes Bad.

6./7. Kehlkopf: Verdickung der Schleimhaut auf der hintern Fläche der Epiglottis.

Die Haut ist überall sehr elastisch. Der Trauring am 4. Finger der rechten Hand, der früher herunterging, schneidet fest ein. Handschuhnummer in gesunden Tagen $6^1/_2$. Die Infiltration der Haut ist an Hand-, Finger- und Zehenrücken relativ am stärksten.

12./7. Allgemeinbefinden unverändert. Die Schmerzen im rechten Arm bestehen fort trotz Galvanisation.

13./7. Nach dem Bade stark geschwitzt.

Gehen unverändert.

20./7. Die Schwellung des Gesichts vielleicht etwas geringer, doch sind die Gesichtszüge äusserst flach und haben den Ausdruck verloren. Die Nasolabialfalten sind verstrichen, das derbe Resistenzgefühl der Haut unverändert. An der Schilddrüse für die Palpation nichts verändert. Die Consistenz der Haut an den Extremitäten und besonders den Vorderarmen, Händen und Fingerrücken hat sehr zugenommen, während die Form der Hände eher etwas schlanker erscheint als zur Zeit des Eintritts.

Im Unterhautbindegewebe der Oberschenkel, der Bauchdecken ist viel Fett abgelagert.

P. geht jetzt etwas schneller, beim Treppensteigen hat sie ein Gefühl von Spannung im Knie.

Umfang d. r. Handgelenks	$15^1/_2$.
„ „ l. „	$15^1/_2$.
R. Vorderarm 1 cm u. Ellb.	$23^1/_2$.
L. „ 1 „ „ „	23.
Wade rechts	$32^1/_2$.
„ links	$31^1/_2$.
Gestrecktes Knie r.	$35^1/_2$.
„ „ l.	$34^1/_2$.
Unter den Malleolen r.	$22^1/_2$.
„ „ „ l.	$23^1/_2$.

5./8. Entlassung.

Die Urinmenge war im ganzen etwas vermehrt, das specifische Gewicht niedrig, etwa 1010. Kein Albumen, kein Zucker. Einmal Spuren von Indican. Das Körpergewicht stieg von 65,5 kg auf 67 kg.

Die Temperatur der P. schwankt zwischen 35^0 und 36.2^0, war also bedeutend vermindert.

Auch die Zahl der Pulsschläge war vermindert; die Atemfrequenz hingegen normal.

4. Fall.

R., 48jährige Tapeziersfrau, aufgenommen am 20. 2. 91.

Anamnese.

Vater starb an unbekannter Krankheit, Mutter und 4 Geschwister leben und sind gesund.

Von Kinderkrankheiten hat P. Masern gehabt; ob sie Scharlach gehabt hat, weiss sie nicht; dagegen hat sie viel an scrophulösen Ausschlägen und Drüsenschwellungen gelitten.

Die Periode trat im 14. Lebensjahre auf, sie war stark, regelmässig, ohne Beschwerden.

Letzte Periode Mitte Februar.

2 Partus, 1 Abortus.

Die erste Geburt wurde mit Forceps beendigt, die zweite verlief spontan. Das Wochenbett verlief ohne Störung.

1873 abortierte P., wurde deswegen ausgekratzt.

1875 wurde sie wegen einer Hämatocele in der Charité operiert.

Bereits seit 1875 hat sie einen Bandwurm, einer Kur hat sie sich bisher noch nicht unterworfen.

Seit einigen Jahren bemerkt P. eine Abnahme ihrer Sehkraft, sie hat die Empfindung, als ob sie einen Nebel in den Augen hätte. Etwa seit einem Jahre leidet sie an Kopfschmerz, Schwindelanfällen, manchmal auch an Doppelsehen.

Ihre jetzige Erkrankung begann vor 10 Wochen angeblich mit Frost, starkem Schnupfen, Thränenträufeln; die Kopfschmerzen wurden stärker; gleichzeitig schwoll das Gesicht an; die Schwellung soll in der letzten Zeit wieder etwas zurückgegangen sein. Es schwollen damals auch die Drüsen am Halse an. P. musste wiederholt nachts aufstehen, um Urin zu lassen. Auch die Sehstörung wurde stärker, namentlich auf dem linken Auge sieht P. öfter schwarze Punkte. Die Schwindelanfälle wurden häufiger und stärker, dreimal ist P. in den letzten Wochen ohnmächtig geworden. Vor 6 Wochen passierte es ihr, dass sie plötzlich den linken Arm nicht bewegen konnte, gleichzeitig konnte sie nicht sprechen, weil sie ihre Zunge nicht in der Gewalt hatte; die Worte kamen gelallt zum Vorschein. Der Zustand dauerte wenige Minuten, verschwand vollständig.

Die Drüsenschwellungen sollen vor 10 Wochen viel stärker gewesen sein. P. rieb die betreffende Stelle mit grauer Salbe ein, worauf die Schwellung zurückging bis zur jetzigen Grösse.

Bereits vor etwa 16 Wochen ist das Gesicht schon einmal stark geschwollen gewesen. P. nahm ein Fussbad, um zu schwitzen; darnach stärkere Schwellung des Gesichts. Dann

nahm die Anschwellung allmählich ab, um dann vor 10 bis 12 Wochen wieder aufzutreten.

Potus negatur: P. trinkt sehr gern Bier, angeblich höchstens 2 Glas am Tag.

Bei der Aufnahme klagt P. über Mattigkeit, Kopfschmerz, Schwindel, Abnahme des Sehvermögens, Schwellung des Gesichts.

Status praesens.

P. ist eine kleine, kräftig gebaute Person mit ziemlich guter Entwickelung der Muskulatur und des Fettpolsters.

Aktive Seitenlage, Sensorium frei.

Die Haut ist im allgemeinen trocken, in Falten liegend, wenig elastisch, nur im Gesicht glatt, glänzend, gespannt, gedunsen, doch lassen sich keine Dellen eindrücken.

An den Knöcheln geringe Oedeme.

Nackendrüsen nicht geschwollen.

Schädel symmetrisch gebaut, kein defluvium capillorum.

Namentlich im Hinterkopf stärkere Kopfschmerzen.

Augenbewegungen frei, Pupillen gleich weit, prompte Reaktion auf Licht.

Coniunctiven blass, anämisch.

Lippen und Rachenschleimhaut sind ziemlich gut gerötet.

Zähne etwas defekt; Zunge ziemlich stark belegt.

Hals kurz, von kolossaler Dicke, Umfang 40 cm.

Kehlkopf nicht druckempfindlich.

Gland. thyreoidea ziemlich stark vergrössert.

Ausserdem finden sich am Halse auf beiden Seiten einige sehr grosse, harte Knoten, die oberhalb des linken Sternoclaviculargelenks liegen. Sie liegen ganz oberflächlich unter der Haut, die über ihnen verschieblich und abhebbar ist.

Die Intercostalräume sind verstrichen; der epigastrische Winkel ist fast ein rechter.

Die Atmung ist symmetrisch und nicht angestrengt.

Die Lungengrenzen liegen:

v. o. l. $1^1/_2$ Querfinger über Clav.;

v. u. r. oberer Rand der 6. Rippe;

h. o. beiders. 7. Halswirbel;

h. u. beiders. 10. Brustwirbel.

Das Perkussionsergebnis ist bei der Dicke der Haut nicht zu verwerten.

Atemgeräusch vesiculär.

Herzdämpfung: oberer Rand der 4. Rippe.

Linker Sternalrand Spitzenstoss 5. Intercostalraum, Mammillarlinie.

Die Herztöne sind rein, keine Verstärkung des 2. Pulmonaltons.

Puls regelmässig, von mittlerer Spannung.

Leberdämpfung: in der Mammillarlinie am untern Rand des Rippenbogens, in der Mittellinie ein Querfinger unter dem proc. xiph.

Milzdämpfung: $6^1/_2$ cm breit, nach vorn nicht vergrössert.

Inguinales wenig geschwollen.

Patellarreflex erhalten.

19./2. Ordo: Satur. citr. 150,0. Viermal täglich 1 Esslöffel.

21. 2. P. klagt über starke Kopfschmerzen und Schwindelgefühl. Im Urin kein Eiweiss, kein Zucker. Keine Oedeme an den Füssen.

23./2. Der Hals ist sehr dick, Nackenmuskulatur sehr stark, Fettgewebe mässig stark. Vorn fällt besonders eine Anschwellung auf, welche sich im Halbkreis vom äussern Rande des Sterno-cleido-mastoideus rechts bis zum innern Rande des Sterno-cleido-mast. links erstreckt und bis zur Basis des Schildknorpels reicht. Sie ist zusammengesetzt aus sehr harten Knollen, von denen die rechts gelagerten und die links gelagerten je mit sich im Zusammenhang stehen. Besonders deutlich sind die Knollen links oberhalb der art. stern. clavic. Sie liegen hier dicht unter der Haut, sind verschieblich, hart, schmerzfrei; der Tumor pulsiert lebhaft, kein Gefässgeräusch.

Ophthalmoscopisch nichts Abnormes.

Laryngoskopisch nichts Abnormes.

Stimmbänder weiss, guter Glottisschluss.

23./2. Vormittags 11 Uhr Senna.

Um 6 Uhr noch kein Stuhl. 6 Uhr Glycerinklysma, darnach Stuhl.

Die Untersuchung des Stuhls ergiebt auffallend viel unverdaute Muskelfasern und sehr zahlreiche Becherzellen, keine Eier in 12 Präparaten.

Im Blut eine unwesentliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen, gute Geldrollenbildung der roten Blutkörperchen, normales Aussehen der roten Blutkörperchen.

23./2. Klinische Vorstellung.

Gedunsenes Aussehen des Gesichts, der Fingerdruck bleibt etwas stehen, wenn er sich auch ziemlich rasch wieder ausgleicht; die Lidspalte erscheint eng.

Die Zunge erscheint stark gewölbt, die Papillen treten stark hervor, an der Zunge sind die Eindrücke der Zähne sichtbar.

Der Umfang des Halses ist ungewöhnlich gross, 40 cm. In der Höhe des Schildknorpels eine deutliche Falte, eine zweite

Falte erscheint zeitweise seitlich. Die Anschwellung des Halses geht allmählich in die vordere Brustwand über; auf der vordern Brustwand ein weites Netz von starken Venen. An zwei Stellen tritt die Anschwellung des Halses stärker hervor, nämlich besonders dem Kopfnicker entsprechend oberhalb des Sternoclavic. Gelenks.

Auch an der seitlichen Kiefergegend, etwa am vordern untern Rande des Masselers sieht man eine auffällige Gefässentwicklung, grössere und kleinere Venen, rechts etwas stärker als links. In der Gegend der Schilddrüse und beiderseits unter dem Kopfnicker ein grosser Wulst, anscheinend der Schilddrüse angehörig; weiter nach aussen oberhalb der Mitte des Schlüsselbeins fühlt man auf beiden Seiten einen Knoten, anscheinend geschwollene Lymphdrüsen, weiterhin scheint das Unterhautbindegewebe im ganzen angeschwollen.

Links vom Sternum Dämpfung, dort wo sonst die Thymus zu liegen pflegt.

Der Puls, gegenwärtig nicht beschleunigt, ist im Verhältnis zur Körpertemperatur und Atmung beschleunigt.

Auch der Nacken zeigt eine auffällige Schwellung und Rundung, dabei eine harte Beschaffenheit der Haut; die Nackendrüsen sind schwer zu unterscheiden, dabei deutlich geschwollen, weich; auch die Achseldrüsen sind geschwollen, weich.

Die Milz ist 10 cm breit, nach vorn nicht vergrössert. Inguinaldrüsen nicht wesentlich vergrössert.

Für die Diagnose kommen in betracht:

1. Morbus Basedowii: es deuten hierauf die Anschwellung der Schilddrüse, das vorhandene Zittern der Hände, das Oedem des Gesichts, doch fehlt Exophthalmus und die Pulsbeschleunigung.

2. Myxödem: bei Myxödem atrophiert die Schilddrüse, ferner fehlen in unserem Fall die Abmagerung, die Schlaflosigkeit; auch an den Händen ist keine Verdickung der Haut und des Unterhautzellgewebes.

3. Die Schwellung des Gesichts und des Halses, die Cyanose des Ohrs, die Venenerweiterung, die Dämpfung links vom Sternum spricht für mediastinalen Tumor. Die Drüsenschwellung am Halse, den Achselhöhlen und an der art.-clavic. spricht dafür, dass der Tumor aus geschwollenen mediastinalen Lymphdrüsen besteht, welche wahrscheinlich direkt mit den Drüsen am Sternoclaviculararande zusammen hängen. Für den mediastinalen Tumor spricht auch das kontinuierliche Venensausen, welches beim Aufrichten des Halses entsteht.

Die multiple Drüsenschwellung könnte bedingt sein durch:
Tuberc: ausgeschlossen.

Lues: auch dafür keine Zeichen.

Leukämie: es besteht keine wesentliche Vermehrung der weissen Blutzellen.

Malignes Symphom (Pseudoleukämie), dafür spricht die weiche Schwellung der Lymphdrüsen; von den Symptomen, die in der Regel dabei vorhanden sind, hätten wir hier die Polyurie.

24./2. In der Nacht starker Durchfall, starke rechtsseitige Kopfschmerzen.

26./2. Die Gedunsenheit des Gesichts hat etwas nachgelassen, starker Durchfall, rechtsseitig Kopfschmerzen.

28./2. Gedunsenes Gesicht, ohne dass indessen Oedeme vorhanden sind. Starke Thränensekretion, nachts guter Schlaf.

1./3. Schwellungen im Gesicht unverändert; es ist nur mit Schwierigkeiten möglich, eine Delle einzudrücken, dieselbe ist auch nur flach und verschwindet bald.

Die Lidspalte ist sehr eng, Lidschluss vollständig möglich. Auch an den Händen ist eine deutliche Schwellung der Haut wahrnehmbar, dieselbe ist namentlich deutlich an den Fingern der linken Hand.

Die Sekretion der Thränen- und Speicheldrüsen und der Nase ist stark vermehrt. P. giebt an, sie müsse fortwährend ausspucken.

Kein Defluvium capill.

Zähne sehr defekt.

Zunge stark belegt.

Die Nase ist verstopft, sodass P. keine Luft durch dieselbe bekommt, nach einer Pinselung ist sie leicht für Luft durchgängig.

Auffallend ist das sorglose, gleichgültige Verhalten der P. Sie hat wiederholt während ihres Durchfalls ihr Bett und den Saal beschmutzt. Ebenso ist sie unsauber beim Essen.

2./3. Zweimal täglich Opium-Zäpfchen.

Die Haut, namentlich an der linken Hand erscheint verdickt, sodass die Gestalt der ganzen Hand etwas Unförmliches hat. Die Haut ist trocken, abschilfernd. P. klagt darüber, dass sie im Gebrauch der Hände unsicher sei.

Das Gedächtnis soll in der letzten Zeit schwächer geworden sein.

P. klagt über häufige Verstopfung der Nase, sodass sie durch den Mund atmen muss. Für die Sonde sind beide unteren Nasengänge durchgängig.

Der Umfang des Halses, gemessen über der vert. prom. vorne in der grössten Ausdehnung ergiebt 41 cm.

Das Aussehen der P., ihr psychisches Verhalten, namentlich die Schwellung der Haut an den Händen machen die Diagnose Myxödem wahrscheinlich.

In der Klinik wird auf grund des veränderten Aussehens der P., der Schwellung an den Händen, des psychischen Verhaltens Myxödem als das wahrscheinlichste hingestellt.

6./3. Kopfschmerzen geringer. Schwellung an den Händen tritt deutlich hervor.

10./3. Die Gedunsenheit des Gesichts hat zugenommen; die Lidspalten sind kleiner geworden, die untern Augenlider in Säcke verwandelt; dabei handelt es sich zum Teil um echtes Oedem. Dasselbe ist aber nicht ausgeprägt.

11./3. P. klagt über Sehschwäche; sie hat andauernd einen Schatten vor den Augen.

13./3. Es scheint, als ob die Lidspalten der P. fortwährend kleiner werden und die Gedunsenheit des Gesichts zunimmt. Mattigkeit im Arm, keine Kopfschmerzen.

13./3. Augenuntersuchung.

Beiderseits ziemlich ausgesprochener hinterer Polkatarrakt.

Lidspalten auffallend blass.

In der Peripherie des Augenhintergrundes kein Pigment zu finden.

P. giebt an, abends, wenn es dunkel wird, schlechter sehen zu können.

14./3. Starker Durchfall.

15. 3. Umfang der linken Hand am Handgelenk $15\frac{1}{2}$, oberhalb des Metacarpophalangealgelenks $18\frac{1}{4}$, rechts 19 cm. Die Weite der Lidspalten beträgt bei gewöhnlichem Blick 4–5 mm. Die grösste Weite, zu der sie geöffnet werden können, sind 8–9 mm.

P. hält sich viel am Ofen auf; auch sonst ist ihr kühl.

18./3. Keine Kopfschmerzen mehr.

19./3. Schmerzen im Nacken und beiden Armen.

22./3. Die Schwellung des Gesichts ist stärker und praller geworden.

24./3. Haut an den Händen auffallend trocken, an der linken Hand Schwellung und Verdickung der Haut, sodass die Hand etwas unförmlich aussieht.

25./3. Schlechter Geschmack in der Nase, dabei sehr starke Sekretion der Nase.

28./3. Der schlechte Geschmack ist verschwunden, subjectiv gutes Befinden.

Im Gesicht hinterlässt der Finger einen Eindruck, der aber sehr schnell wieder verschwindet.

30./3. Schlechter Geruch in der Nase; dabei Unfähigkeit zu riechen.

31./3. Nach dem Bad plötzliche Ohnmacht.

1./4. Die zunehmende Verdickung der Haut ist jetzt sehr deutlich, besonders links.

3./4. P. erzählt, dass sie fast nach jeder Mahlzeit schlafe. Sie sei immer matt, nachts schläft sie sehr gut.

7./4. P. schläft sehr viel. Die Schwellung im Gesicht hat bedeutend zugenommen.

8./4. Gesichtsschwellung nachgelassen. Entlassung.

Die Urinmenge war im ganzen normal. Das specifische Gewicht des Urins etwas verringert.

Es fand sich einmal eine Spur von Eiweiss.

Die Temperatur betrug im Minimum 36.0°. stieg an einzelnen Tagen sogar bis auf 38°, war im ganzen normal.

Puls- und Atemfrequenz normal.

5. Fall.

Max H., 44jähriger Versicherungsbeamter, am 13. Juli 98 aufgenommen.

Anamnese.

Vater im Alter von 70 Jahren, Mutter im Alter von 60 Jahren an Altersschwäche gestorben. Ein Bruder starb 1 Jahr alt an Wasserkopf, ein Bruder und eine Schwester leben und sind gesund.

Patient besuchte die Schule seiner Heimatsstadt bis zum 16. Lebensjahr. Er wurde dann Kaufmann und später Verwaltungsbeamter. Er war bis zum 5. d. M. thätig, seitdem zu Hause. Gedient hat P. nicht wegen allgemeiner Körperschwäche.

Seit 1880 ist er verheiratet. Die ersten beiden Kinder starben während der Geburt.

5 Kinder leben und sind gesund.

Kinderkrankheiten hatte P. nicht.

Nach seiner Schulzeit litt P. ab und zu an Kopfschmerzen. 1893, 31 Jahre alt, war er allmählich schwerhörig geworden; er ging zu einem Specialisten, der ihm sagte, es liege an seinen Nerven. Er wurde dann wegen Neurasthenie aufs Land geschickt. Hier besserten sich seine Beschwerden sehr bald.

Seit Mitte Januar hatte P. grosse Schmerzen in den Füssen, dieselben schwollen an, nach Ruhelage verschwanden die Schwellungen, während die Schmerzen blieben. Er wurde als nierenkrank behandelt. Später wurde ihm gesagt, er sei nicht nierenkrank.

Im Lauf der Zeit fiel dem P. auf, dass ihm sein Kragen und seine Sachen zu eng wurden, er konnte den Ring nicht mehr vom Finger ziehen. In der letzten Zeit hat er verhältnismässig an Gewicht zugenommen. Am 6. 5. 98. abends hatte er einen Erregungszustand, der 2 Stunden anhielt und sich darin äusserte, dass er eine grosse Angst bekam, ihm schwarz

vor den Augen wurde, er am ganzen Körper zitterte ohne besondere Ursache. Am 8., 9., 10. Juni bekam er abends ähnliche Anfälle, den letzten Anfall bekam er in den Morgenstunden am 10. 7. 98.

Augenbrauen und Haare sind ihm in der letzten Zeit ausgegangen, er muss sehr viel schwitzen und ermüdet sehr schnell, kann den ganzen Tag, ohne etwas gethan zu haben, schlafen. Wenn er längere Zeit gesessen hat, fällt ihm das Aufstehen schwer, die Füsse schmerzen und es dauert eine ganze Weile, ehe er aufkommt. Er kann nichts thun, wenn er sich beobachtet fühlt.

P. hat Schmerz in den Füssen und Händen, schwitzt leicht nach geringer Anstrengung, Atemnot, grosse Mattigkeit.

Schlaf viel zu reichlich.

Schwindel: die beschriebenen Anfälle im Mai und in den letzten Tagen.

Erbrechen: fast jeden Morgen etwas Schleim.

Appetit: gut.

Stuhl: regelmässig.

Urin: ab und zu Beschwerden von seiner Striktur.

Durstgefühl: stark erhöht.

Auswurf nicht vorhanden.

Status praesens.

P. ist ein mittelgrosser Mann, in gutem Ernährungszustand, mässig entwickelter Muskulatur, gracilem Knochenbau.

Haupthaar und Augenbrauen gelichtet.

Das Fettpolster ist sehr reichlich, fühlt sich sehr derb an, ist eindrückbar. Man hat das Gefühl, als ob man unter dem Finger eine mehr sulzige, von festem Gewebe durchwachsene Masse habe. Die einzelnen Fettträubchen zeichnen sich auf der Haut beim Zusammenpressen als grossfleckige, von kleineren Gruben unterbrochene Zeichnung ab.

Das Gesicht ist leicht gerötet, die untern Augenlider bilden starke Säcke, unter dem Kiefer findet sich eine starke Fettanhäufung, welche als Doppelkinn erscheint.

Die Haut ist blass, rosa, warm, trocken.

Wie die ödematöse Schwellung im Gesicht finden sich solche am Vorderarm und Unterschenkel.

P. hat Angstzustände, die sich besonders abends zu starken Erregungszuständen steigern können.

Die Pupillen sind mittelgross, gleich weit, reagieren auf Licht und Accommodation.

Die Zunge wird gerade heraus gestreckt, zittert wenig.

An rechter Hand feinschlägiger Tremor, während die linke ganz ruhig liegt.

P. unterscheidet überall spitz und stumpf und nimmt die feinste Berührung wahr. Schmerzempfindung nicht erhöht.

Beim Gehen fällt die Dicke der Unterschenkel auf, die säulenartig aussehen.

Cartilago cricoidea deutlich gefühlt.

Cart. thyr. mit dem Pomus Adami kann man abtasten. Die Incis. sup. kann man nicht sicher fühlen. Es wird dies bedingt durch ziemlich dicke diffuse Verdickungen der Haut. Die ganze vordere Halspartie in Höhe des Kehlkopfs sieht diffus verdickt aus. Man sieht von den Kehlkopfknorpeln nichts durch die Haut sich abheben. Auch das Zungenbein kann man ziemlich schwer abtasten. Man hat das Gefühl, als ob die Schilddrüse in ganz diffuser Weise verdickt und gleichzeitig etwas fester geworden ist.

Oberhalb der Zunge besonders reichliche Infiltration des Unterhautzellgewebes.

P. giebt an, dass seine geistigen Fähigkeiten nicht abgenommen haben, auch sein Gedächtnis nicht.

Muskelerregbarkeit nicht besonders erhöht.

Die Nägel an Händen und Füssen zeigen Längsrisse.

14./7. Schwerhörigkeit beiderseits auf nervöser Basis.

Epiglottis seitlich zusammengebogen. An den Aryknorpeln keine Schwellungen. Von den Stimmbändern sieht man nur eine kurze Strecke vom proc. vocal. ab. Aryknorpel bewegen sich frei.

18./7. P. giebt an, dass er Aerger und Aufregung gehabt hat. Seit seiner Aufnahme hat er Beklemmungsgefühl und Erregungszustände bemerkt. In der Nacht hatte er einen Krampf in der linken Wade.

Sehschärfe normal.

Pupillen ungleich.

Accommodationsparese.

Rote Blutkörperchen zeigen normale Farbe, liegen grösstenteils in Geldrollenform, ändern langsam ihre glatte Umrandung in die Sternform.

Die Leucocyten nicht vermehrt, sie präsentieren sich meist als grosse, stark granulierte, eosinophile Zellen.

Im cbmm 5 200 000 rote Blutkörperchen.

Hämoglobingehalt 90 %.

Faradische und galvanische Erregbarkeit erhalten.

Ueber Temperatur und Pulszahl waren wegen der Kürze des Aufenthalts noch nicht feste Beobachtungen zu machen.

Der Urin war an Menge und Gewicht normal, enthielt keine pathologischen Bestandteile.

Wir sehen hier fünf Fälle von Myxödem, die in der Klinik des Herrn Geheimrat Prof. Dr. Gerhardt in den Jahren 1888 bis 1898 behandelt worden sind. Alle diese Fälle bieten in so ausgesprochener und deutlicher Weise die typischen Erscheinungen des Myxödems, dass ein Irrtum in der Diagnose wohl als ausgeschlossen erscheint. Es sind darunter vier weibliche, ein männlicher Kranker, was auf die bei weitem grössere Häufigkeit des Myxödems beim weiblichen Geschlecht hinweist. An bemerkenswerten Einzelheiten will ich noch folgendes hervorheben. Die Körpertemperatur der Kranken ist niedrig, nur nicht die des 4. Falles. Bei diesem schwankt die Temperatur erheblich, bald ist sie ziemlich gering, bald schnellt sie wieder bis 38^0 empor. Es ist dies ein Fall, wo die Differentialdiagnose zunächst zwischen mediastinalem Tumor, Morbus Basedowii und Myxödem schwankte. Im 1. Fall werden feuchte Wohnung und schlaflose Nächte als ätiologisches Moment angegeben, im 2. Fall gingen der typischen Erkrankung starke Uterinblutungen und fluor albus vorher. Die Krankheit selbst begann mit einer Struma. Im 3. Fall will die P. den Beginn ihrer Erkrankung von einer Geburt her datieren; im 5. Fall, dem einzigen männlichen, werden wieder Aerger und Verdriesslichkeiten als ätiologisches Moment angegeben.

Im 4. und 5. Fall ist eine Vergrösserung der Schilddrüse angegeben, was wohl darauf hinweist, dass das Myxödem weniger auf Atrophie, sondern vielmehr auf Veränderung der inneren Struktur der Schilddrüse beruht.

Bemerkenswert ist ferner, dass das Blut in allen Fällen vollständig oder doch wenigstens annähernd normal gefunden wurde.

Im 4. Falle wurde zuerst über Sehstörungen und im 5. Fall zuerst über Schwerhörigkeit geklagt. Es treten hier also Erscheinungen von seiten der Sinnesorgane zuerst in den Vordergrund.

Ich schliesse hier meine Arbeit. Der Zweck derselben und der Wunsch des Verfassers wären erfüllt, wenn dieselbe zur Kenntnis des Myxödems durch die darin enthaltenen Krankengeschichten etwas beitragen sollte.

Literatur.

Ewald, Erkrankungen der Schilddrüse aus Nothnagels specieller Pathologie und Therapie.

Gull, W., On a cretinoid state supervening in adult life in women. Transactions of the Clin. Soc. of London. 1874. pag. 180.

Hadden, W. B., Myxoedema. Its Pathology. Internationaler Congress zu Kopenhagen 1886. Bd. III. Section de médicine pag. 61.

Charcot, Myxoedeme, cachexie pachydermique on état crétinoide Gazette des hôpitaux. 1881. No. 10.

Vermehren, Studier over Myxoedemet. Kjobenhavn 1895.

Report of a committee of the Clinical Society of London, nominated Dezember 14., 1883 to investigate the subject of Myxoedema. London 1888.

Kocher, Ueber Kropfexstirpation und ihre Folgen. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, XII. Congress 1883.

Bircher, Das Myxödem und die cretinische Degeneration. V. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge No. 357. 1890.

Krapelin, Ueber Myxödem. Deutsches Archiv für klinische Medizin. XLIX, p. 687. 1892.

Thesen.

I.

Bei Kropfoperationen ist nie die ganze Schilddrüse zu entfernen.

II.

Myxödem und Cachexia strumipriva sind identisch.

III.

Bei Gallensteinkolik ist Karlsbader Salz ein vortreffliches Mittel.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Ernst Simon Reimers, evangelisch-lutherischer Confession, Sohn des Lehrers em. Marx Dietrich Reimers und dessen Ehefrau Magdalena Sophia geb. Brahmst, wurde am 30. Juli 1873 zu Brokstedt in Schleswig-Holstein geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Realprogymnasium zu Neumünster von Ostern 1886 bis Ostern 1891, dann in der Prima des Realgymnasiums zu Altona a. Elbe, wo er am 10. März 1893 das Zeugnis der Reife erlangte. Dann bezog er die Universität Kiel, um Medicin zu studieren. Gleichzeitig bereitete er sich auf die erforderliche Ergänzungsprüfung im Griechischen und Lateinischen vor, welche er am 12. Februar 1894 in Ratzeburg in Lauenburg am dortigen Gymnasium bestand. Am 30. Juli 1895 bestand er die ärztliche Vorprüfung, studierte dann von Michaelis 1895 bis Michaelis 1896 in Leipzig und von Michaelis 1896 bis Ostern 1898 in Berlin. Am 4. März 1898 bestand er das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen und Kurse folgender Herren:

In Kiel: Brandt, Curtius, Flemming, Reinke, v. Spee, Hensen, Ebert.

In Leipzig: Garten, Urban, Birch-Hirschfeld, Döderlein, Schmidt, Romberg.

In Berlin: Gerhardt, v. Bergmann, König, Senator, Virchow, Klemperer, Greef, Schweigger, Lewin, Casper, Zinn, Schulz, Strube, Olshausen, Winter, Gebhardt, Nagel, Koblanck, Nasse †, Fassbender, Landau, Busch.

Gelegenheit zur praktischen Thätigkeit fand er an der 2. medicinischen Klinik des Herrn Geheimrat Prof. Dr. Gerhardt, an der Königlichen Universitäts-Poliklinik des Herrn Geheimrat Prof. Dr. Senator, an der Poliklinik des Herrn Dr. Joseph und an der Poliklinik für Kinder des Herrn Dr. Hauser.

Allen diesen Herren, seinen verehrten Lehrern, sowie insbesondere Herrn Geheimrat Prof. Dr. Gerhardt für die Ueberlassung des Materials und Herrn Privatdocent Dr. Zinn für die freundliche Durchsicht der Arbeit spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.